



Portavoces ConCiencia

Representado por:

Dra. Yiddish M. Álvarez, Psicóloga Clínica, Certificada en Abuso Sexual

Re: Memorial **P. de S. 693**

Honorable Comisión:

Ante su Comisión está el proyecto de ley de referencia, para establecer la "Ley para la Protección del Concebido en su Etapa Gestacional de Viabilidad"; y para otros fines relacionados.

Agradezco la oportunidad de permitirnos comparecer ante esta Honorable Comisión, para presentar nuestra postura y recomendaciones en torno a la pieza legislativa. Soy la Dra. Yiddish M. Álvarez, Ph.D. con un Doctorado en Filosofía en Psicóloga Clínica y Certificada en Abuso Sexual. Me presento como Portavoz de la Alianza de Profesionales de la Salud Portavoces Conciencia, en la cual funjo como Presidenta.

Como profesionales de la salud en Puerto Rico, Portavoces ConCiencia **apoya** esta pieza legislativa, con ciertas recomendaciones que estaremos presentando y justificando más adelante. Portavoces ConCiencia es una alianza de profesionales de la salud de diversas disciplinas

médicas en Neurología, Pediatría, Medicina General, Ginecología, Medicina de Familia, Trabajo Social, Cardiología, Consejería Psicológica y Psicología Clínica, todos bajo el mismo fin: presentar la ciencia y sus datos empíricos, para que la ciudadanía obtenga la realidad concerniente a la salud integral y al desarrollo del ser humano.

Como parte de nuestros objetivos como alianza, entendemos pertinente aportar con información científica la relación del aborto y las consecuencias en la salud mental. Estaremos presentando evidencia de como el aborto se ha correlacionado de forma directa con problemas de salud mental; y se incrementa luego del segundo trimestre. De igual forma, evidencia empírica sobre las consecuencias del aborto medico en las mujeres gestantes y como se deja desprotegida a la mujer. Es importante que todos conozcan la data empírica y sea brindada a estas madres de primera mano.

En el inciso 3(b) de la propuesta de ley, se requiere evidencia de que la madre gestante es debidamente orientada sobre las consecuencias de los efectos médicos de la terminación de embarazo y que presta su consentimiento para dicho procedimiento. Portavoces ConCiencia **solicita una enmienda a este inciso** y solicita más especificidad en cuanto a las consecuencias que la madre gestante puede acarrear en la terminación del embarazo.

Esta pieza legislativa no es sobre la libertad de la mujer sobre decidir lo que ocurre con su cuerpo solamente. Si así fuese, estuviésemos discutiendo un proyecto de ley donde se restringe el aborto en su totalidad. El proyecto de ley no es sobre salud pública ni mortalidad materna a través del aborto clandestino, toda vez que no hay cifras para establecer ni que hay una ni la otra.

Este proyecto de ley es sobre el bienestar y la protección de la mujer. Es sobre la viabilidad del ser humano en gestación, la dignidad que amerita y tiene garantizada por la Constitución. Aun reconociendo la dignidad que tiene ese ser humano en gestación, se haría una excepción, para hacer un bien superior, el proteger la vida de la madre gestante. Ello al entender que el mantener el embarazo podría causar daño en la madre gestante, y el concederle el aborto, causaría un gran beneficio. Es meritorio identificar si en efecto el aborto traerá tal beneficio en la madre gestante, como para pasar por alto al principio de la vida del ser humano que está por nacer.

Las discusiones sobre las consecuencias del aborto son contradictorias. Muchos estudios indican que no hay tantos grandes cambios en la salud mental a raíz de un aborto, se mantienen neutros; otros enfatizan los daños en la salud mental a raíz del aborto. Lo que NO existe son datos relacionados a los beneficios del aborto. No hay evidencia alguna sobre ello. Y hay consenso científico **que el aborto no “puede invocarse, sobre bases empíricas, razones de salud mental de la embarazada para inducir un aborto”** (López, N., 2012).

En virtud de Roe vs. Wade, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos sostuvo que la Constitución federal protege el derecho de una mujer a abortar previo a que el bebé sea viable. El Tribunal aplicó el derecho a la privacidad establecido en Griswold vs. Connecticut. Tomando en consideración que hay un Derecho fundamental envuelto, el Tribunal aplicó el escrutinio estricto. El Tribunal dividió el embarazo en trimestres.

Durante el primer trimestre la decisión de terminar el embarazo es exclusiva de la mujer gestante. Después del primer trimestre, el estado puede regular, pero no prohibir, el procedimiento cuando la salud de la madre gestante esté en peligro. Luego del segundo trimestre

el bebé es viable y el estado puede regular o prohibir el aborto en el interés de la vida del bebé, excepto si es una decisión médica para preservar la vida de la madre gestante.

En el 1992 el Tribunal Supremo Federal atendió el caso Casey vs. Planned Parenthood y mediante esta decisión confirmó los hallazgos de Roe vs. Wade, a saber: la mujer tiene derecho a abortar un bebé pre-viabilidad sin la interferencia del estado; el estado puede restringir el aborto en caso de un bebé viable y el estado tiene un interés legítimo en proteger la salud de la madre gestante y la del bebé.

En el 2007 en Gonzáles vs. Carhart el Tribunal Supremo Federal confirmó la validez de la ley federal, Partial-Birth Abortion Ban Act of 2003 Act, que prohíbe los abortos-alumbramientos parciales. Esta ley prohíbe este procedimiento en el segundo trimestre del embarazo. (Este tipo de aborto utiliza el método de dilatación y evacuación, dilatan el cérvix e introducen instrumentos en el útero para sacar el feto. Durante este tipo de aborto usualmente se desmiembra al bebé para sacarlo.) En mayo del 2021 el estado de Texas se aprobó la ley del latido del bebé para prohibir el aborto una vez este sea detectado. Dicha ley se trató de atacar mediante los Tribunales, pero los reclamos fueron desestimados.

El debate científico continúa sobre si existe una correlación entre aborto inducido (VToP- *voluntary termination of pregnancy*) y trastornos de salud mental. Muchos estudios han encontrado una asociación entre historial de aborto inducido, angustia y desorden mental. World Population Review (2022) refiere que sobre 65 millones de abortos se han realizado en los Estados Unidos y tan solo el 1.3% son abortos sobre las 20 semanas: 906 mil abortos. De igual forma, ha existido correlación en las mujeres que se someten a un aborto y que han presentado un cuadro de trastorno de salud mental previo al VToP, el cual puede exacerbarse con el procedimiento. (Mota, NP, et al, 2010)

A pesar de que la mayoría de las investigaciones científicas son observacionales y muchos de ellos transversales, no se ha podido relacionar una causa y efecto entre lo que es aborto y salud mental, por la debilidad metodológica. Esto es no se ha podido descartar ni asumir que el aborto es la causa de problemas o trastornos de salud mental. El autor plasma que, a pesar de ello, la mayoría de las más abarcadoras investigaciones desde el 1995 (anexo 1) establecen que el aborto es un factor de riesgo asociado a los problemas de salud mental. Los análisis de esta investigación establecen un 95% de confianza y hay consistencia de que el aborto es un factor de riesgo para problemas de salud mental. Cuando se evalúa en termino de correlación, sí, hay una correlación significativa entre el aborto y los efectos adversos que tiene en la salud mental. Basándonos en base empírica, unos estudios admiten la correlación, otros lo enfatizan; pero nadie lo niega. Se ha buscado cuantificar la fuerza de la asociación entre ambas variables (aborto y salud mental) y encontrado una correlación significativa entre: depresión y sus componentes afectivos, ansiedad y sus componentes, estrés post trauma, uso y abuso de sustancias, suicidio entre otros desórdenes de salud mental. (Coleman P, *et al*, 2002; Coleman, P. *et al*, 2010; Cogle, JR, *et al*, 2003; di Giacomo, E, 2021; Brewer,C., 1978; López, N., 2012; Mota, NP, *et al*, 2010; Reardon, D., 2018; Zhang,Q. *et al*, 2022)

En uno de los estudios longitudinales más rigurosos que se haya realizado reciente, fueron examinadas mujeres que se habían sometido al aborto. De los resultados encontrados, la emoción que presentó de forma consistente fue el “alivio”. A esta emoción, le siguió la “culpa” “tristeza”, “felicidad”, “coraje” y “arrepentimiento”.

Como le damos sentido a estas emociones mixtas. Siendo el aborto un proceso médico o de cuidado de salud, no debería presentar este conjunto de emociones; “alivio” es lo único que deberían sentir. Esto se ve reflejado en las historias que salen reflejadas en el “TurnAway

Study”, realizado con una muestra de aproximadamente mil mujeres, con una metodología que ha sido cuestionada. Cuando se ha ofrecido la alternativa de abortar, se les promete como cometa veloz, la oportunidad de terminar un problema, y esa es la emoción que usualmente le es concebida: el Alivio. Pero muchas de estas mujeres no tenían idea de lo que ocurriría en su vida, posterior al aborto. Tendrían que lidiar con otras emociones y situaciones psicológicas, de las cuales nunca les hablaron de que pudiesen atravesar luego de realizarse el aborto.

Ansiedad y Depresión:

Existe una asociación positiva entre el aborto inducido seguido de síntomas de ansiedad y depresión. (Mota, NP, *et al*, 2010) también se ha encontrado que el abuso de sustancias, comportamientos suicidas y un historial de conducta u oposicional desafiante and la niñez y adolescencia han sido positivamente relacionados con realizarse un VToP. En estudio financiado por NIMH y el NIDA entre el 2001 y el 2003 en 48 estados de los EEUU; Mota *et al* examinaron la relación entre el aborto y un grupo de criterios y diagnósticos del aquel entonces DSM IV. Actualmente, el DSM se encuentra en su quinta revisión (DSM V-TR). La muestra fue de 9,282 mujeres de 18 años o más y encontraron relación entre el aborto y alteraciones en la salud mental. Como parte del proceso, reajustaron la muestra identificando quienes habían sido expuestas a la violencia. Entonces, este estudio encontró que independientemente haya historial de violencia en sus vidas, hay una fuerte relación entre el aborto y un trastorno de uso de sustancias en estas mujeres:

Abuso de alcohol: 21.5%

Dependencia de alcohol: 13.07%

Abuso de drogas: 24.7%

Dependencia de drogas: 23.2%

Uso de cualquier sustancia controlada: 22.7%

Estos números reflejan que, si no hubiese ocurrido cualquier exposición (pertinencia: aborto) estos resultados no se hubiesen dado. Es posible, según investigadores, que las mujeres se auto mediquen con alcohol o drogas luego de que ocurriese el aborto. (Coleman PK, *et al*, 2002).

De igual forma, Mota (2010) e investigadores encontraron una correlación de ideas e intentos suicidas con el aborto inducido. De la muestra un 30% ideas y un 23 % intentos suicidas: Se les pregunto si habían tenido ideas y/o intentos de cometer un suicidio y luego si había tenido un aborto y la edad. De igual forma, encontraron asociación entre trastornos del estado de ánimo y ansiedad y el aborto. Pero esta relación no fue consistente con muestra recopilada. No obstante, la exposición a la violencia fue un factor que influenciaba las variables a examinar. Los investigadores reportan factores que pueden explicar las asociaciones antes mencionadas:

- Relación directa entre que el aborto aumenta la posibilidad de un desorden mental, o
- Relación causal de que un desorden mental lleve al aborto.

Por otro lado, en un estudio de la Universidad de Texas, del Departamento de Psicología, encontró que un porcentaje significativo en las mujeres en su primer embarazo que obtuvieron su aborto, estaban en alto riesgo presentar trastornos de depresión; en comparación con aquellas mujeres que lograron y decidieron llegar a término. (Cougler, JR, *et al*, 2003).

En el 2022, Zhang, Q. *et al*, realizó un estudio en la metrópolis de China. China, siendo uno de los países más liberales en cuanto al aborto y de los 10 países con más abortos, reporta altos niveles de estrés percibido y depresión entre mujeres que lograron abortar en el primer trimestre. Factores de riesgo entre estas mujeres fueron el no usar contraceptivos, pobre apoyo social, baja resiliencia, inmigrantes, problemas en las relaciones de pareja y el tener una actitud anti-aborto.

Terminación Terapéutica Medico y/o Voluntaria:

La terminación terapéutica de embarazo (TToP- *Therapeutic termination of pregnancy*) es un aborto inducido como resultado de una necesidad médica. Esta medida coloca este tipo de procedimiento como excepción, de acuerdo con el criterio médico. Este tipo de proceso médico de terminación de embarazo se aplica para evitar un riesgo sustancial de daño en la madre en caso de que el concebido no sea viable. Esto se da luego del segundo semestre de gestación. Se ha encontrado que este tipo de proceso médico o terapéutico conlleva una carga traumática importante.

A finales del 2021 el WJP (*World Journal of Psychiatry*) publicó una revisión científica examinando las consecuencias negativas y positivas en la salud mental de las madres embarazadas que se sometieron a este tipo de procedimiento médico. El TToP se da basado en un diagnóstico; a diferencia de la terminación voluntaria de embarazo (VToP). Se ha encontrado que tanto las TToP y las VToP muestran razones similares para tomar la decisión de terminación de embarazo; relacionadas a dificultades personales y sociales que impiden que puedan tener un cuidado adecuado al concebido. Hacen referencia al sentimiento de culpa y reacciones relacionadas a la depresión en mujeres que se sometieron a este procedimiento y que no usaron contraceptivos.

De igual forma, encontraron que las mujeres embarazadas que han experimentado un gran número de estresores psicológicos tenían un alto riesgo de presentar baja autoestima (di Giacomo, E, 2021). Resultados que concurren con investigaciones previas donde se ha encontrado que mujeres que han logrado tener el aborto VToP han presentado alteraciones en su salud mental.

Hay consenso en que el aborto empeora la salud mental de las mujeres que se someten a un aborto TToP. En Holanda y Alemania, países con legislación de aborto flexibles, se ha encontrado que las mujeres que esperan un bebé con malformación letal tienen prevalencia de un 46% de estrés post traumático (PTSD) a los 4 meses y de depresión, un 28%. Al ser evaluado posteriormente, se encontró que aumenta a un 88%.

Duelo Patológico en Abortos Terapéuticos y Voluntarios

Por otro lado, estas mujeres que se someten a un TToP sufren de un duelo no resuelto o patológico. El duelo se va trabajando, atravesando ciertas etapas. Una de las etapas, luego de la negación de la pérdida, es la aceptación. De someterse a un aborto terapéutico, es menester orientar a estas madres gestantes de las consecuencias que puede advenir luego del aborto. Se ha establecido en casos de donantes de órganos y en casos de enfermedades terminales que se trabaje el pre-duelo para ir preparando al familiar ante la pérdida. Esto ayudaría a minimizar los factores de riesgo. De haber un diagnóstico de malformación fetal, no se puede asumir que el aborto es lo que ayudaría al proceso de la madre.

Cuando no se acepta la realidad de lo que ha ocurrido, se comienza un proceso de disonancia cognitiva. La Disonancia cognitiva son distorsiones cognitivas en depresión. Los datos sugieren que las personas depresivas sienten mayor culpa, son más indecisas y trivializan

menos los sucesos negativos que la población general. No hay cuerpo, no hay cierre, no habrá aceptación. El aborto no es un atajo al duelo. Asumiendo que el TToP es lo adecuado, se les está negando la realidad de esta pérdida. Complejiza el duelo- negando la elaboración del duelo. Es imperante analizar la viabilidad del concebido.

La Dra. Teheresa K. Burke en su libro “Forbidden Grief: The Unspoken Pain Of Abortion”, establece que para muchas mujeres el advenir en conocimiento de que se está embarazada comienza un proceso difícil en su vida, y el abortar es una decisión que puede ser una muy difícil de tomar. Y no podemos y no estamos aquí para subestimar las decisiones de las mujeres ni valorar su juicio. Estamos para presentar evidencia de las consecuencias psicológicas del mismo, y provocar la necesidad de enfocarnos en las áreas que merecen atención.

Cuando una madre gestante se realiza el aborto, y luego conoce como se dio el mismo: una muerte violenta y destructiva de su concebido dentro de su propio cuerpo; comienza un proceso de vergüenza en esta madre, refiere la Dra. Burke. Y la posibilidad de manejar el duelo es restringida. La vergüenza que precede el aborto es lo que hace que estas mujeres sufran más, porque se sienten avergonzadas, sufre por tiempo prolongado, sienten juicio de otras personas, y sienten que la sociedad minimiza su duelo pues fue su decisión. Y la deja sola con sus emociones y proceso de duelo.

Adopción

De un estudio longitudinal realizado en los Estado Unidos entre el 2008-2010, se desprende la actitud que tienen las madres a las que se les negó el aborto y decidieron por adopción. En el curso de la historia del aborto, ha habido una correlación entre mujeres que desean abortar y no buscar la adopción. No obstante, este estudio comenzó a investigar a las

mujeres que deseaban un aborto tardío y les fue negado. Se exploraron las consecuencias de la negación:

1. Factor socio-económicas
2. Factor de Salud
3. Factor edad de la madre gestante
4. Factor de madres gestantes que no deseaban tener él concebido.

De aproximadamente 1,000 mujeres buscando realizarse el aborto, 231 fueron negadas del mismo por diversas razones. De esas 231, 15 dieron a luz y colocaron al bebe en adopción. Estas mujeres refieren que nunca pensaron en la adopción, y que al quedar embarazada su primera y única opción era el aborto. (Sisson, G. *et al*, p.4,2016- *TURNAWAY STUDY*). Este estudio reflejó, de la muestra obtenida, que las madres a las que se les fue negado el aborto se sintieron confiadas en que colocar al bebe en adopción era la decisión correcta.

Luego de 6 meses de que se les fue negado el aborto, todas estas madres reportaron que la adopción fue la mejor decisión. Este pensamiento fue consistente por los próximos 2 años, luego de que se les fue negado el aborto. A los 12 meses, 11 de 12 dijeron que fue “la decisión correcta”. A los 18 meses, 10 de 11 dijeron que fue “la decisión correcta”. Y entre las 24 y 30 semanas, todas las mujeres entrevistadas, indicaron que fue “la mejor decisión”.

De la misma forma, cuando evaluaron las emociones experimentadas al poner el bebé en adopción, un 87% de la muestra reporto “muy” o “algo” feliz. La mayoría de las mujeres se mantuvieron consistentes en dicha emoción y pensamiento en los 2.5 años subsiguientes. No obstante, luego de estos meses, se reflejó alteraciones en las emociones. (Sisson, G. *et al*, 2016) Ello puede ser producto de muchos factores de vida; lo cual reafirma nuestro interés en continuar

reforzando la creación de organizaciones que acompañen a estas madres a las que les fue negado el aborto y que dan sus hijos en adopción, para poder trabajar con la pérdida, de estar sufriendo por ello. Para estas madres a las que se le fue negado el aborto, la adopción era una medida de contingencia; pero para las que querían tener el bebé y se les coartó el tenerlo, la adopción parecía un fracaso a su maternidad.

Aborto tardío-VToP 2do trimestre y 3er trimestre:

Se ha tendido a difundir lo bajo que son las estadísticas de este tipo de abortos inducidos desde el segundo trimestre, y se justifica descansando en que solo se da en casos con condiciones de severidad. (Brewer, C, 1978) No obstante, esa no es la realidad. The Guttmacher Institute indica que en los EEUU existe un 20.8% de mujeres que se realizan el aborto. Y de ese 20.8%, el 1.3% son abortos inducidos >20 semanas, este número se refleja en sobre 900.000 mujeres en los Estados Unidos. El Instituto realizó una encuesta con una extensa muestra de mujeres que obtuvieron un aborto inducido en 2do o 3er trimestre. Se indagó las razones para que esto se diera y se encontró que:

1% -fue realizado por anomalías en el concebido o **eugenesia**

45% -desconocían de su embarazo

27% -se les dificultaba coordinar un aborto

20% -padre y madre del concebido que no se ponían de acuerdo con el aborto

7%- se tomaron su tiempo para tomar una decisión.

Es menester conocer las causas y/o factores para poder reducir las complicaciones del aborto inducido en el 2 y 3er trimestre, en oposición a continuar con el mismo cuando ya ha progresado hasta el 2do trimestre. Conforme a la necesidad de indagar las secuelas o consecuencias en la salud mental, se realizó un estudio exploratorio por Coleman, P., del

Departamento de Desarrollo Humano y Familia de la Universidad Estatal de Bowling Green; por Coyle, C., de la Alianza para Investigación Post-Aborto; y por Rue, V., del Instituto de Pérdida de Embarazo (2010).

Estos reportaron un aumento en riesgo en las complicaciones durante o a causa del aborto luego de las 13 semanas (2do trimestre). No obstante, el CDC no provee números de mortalidad, toda vez que hay estados que no presentan datos sobre los procesos. Aunque continúan los debates sobre las implicaciones del aborto en la salud mental, Coleman, *et al* (2010) refiere que es menester anticipar problemas serios de salud mental en las mujeres que deciden abortar luego del 2do trimestre que en las que abortan en su primer trimestre. (*Journal of Pregnancy*, 2010, p.2). Estos encontraron, que debido al término en que se encuentran (>20) las madres embarazadas:

- (1) tienen una conciencia de que él bebe se ha desarrollado
- (2) han tenido más oportunidad de interactuar con él concebido
- (3) puede haber un deseo de quedarse con el bebe y/o
- (4) puede ser más notoria la presión de otros para abortar.

Con una muestra de 374 mujeres que tuvieron un aborto inducido luego del 2do y 3er trimestre se encontró que un grupo significativo presentaba uno de los síntomas del PTSD, pensamientos intrusivos. Un 67.4% cumplieron con los criterios según el DSM para un PTSD. Esto puede explicar la diferencia de otros estudios, toda vez que el tiempo transcurrido de este tipo de aborto, ha sido mayor en este estudio. Lo que permite que se vaya desarrollando con el tiempo (i.e. dificultad para tener hijos, problemas con pareja, otros abortos) los síntomas del trastorno.

Es pertinente traer a colación este estudio toda vez que el mismo levanta alerta en lo que experimentan mujeres que tienden a tener este tipo de aborto tardío.

1. Las mujeres que tienen abortos tardíos tienden a experimentar pensamientos intrusivos por un periodo de tiempo mayor las que tienen abortos en etapa gestacional más temprana.
2. Las mujeres víctimas de abuso (físico, sexual y/o psicológico) previo al aborto, son las que tienen mayor riesgo de presentar los síntomas de PTSD y esconden los síntomas en las emociones de: vergüenza, culpa y autoestima; post aborto.
3. Existe una alta posibilidad de que existan otras manifestaciones dentro de la salud mental, tal como depresión y ansiedad, uso de drogas o alcohol en el aborto tardío en comparación con el aborto en etapa gestacional temprana; ya discutidas previamente.

Por otro lado, un estudio británico reflejó que quienes tuvieron un aborto inducido entre las 20 y 24 semanas y experimentaron los movimientos del bebé, un 25% reportaron sentirse deprimidas luego del procedimiento. (Brewer,C., 1978; Coleman, P. *et al*, 2010). Otro estudio, realizado por Soderberg et a; reporta que un 37.5% de las mujeres experimentaron “problemas emocionales *extremos* post aborto”. Estos estudios han presentado limitaciones, no obstante, la data encontrada refleja componentes emocionales perturbadores a los cuales hay que prestarle atención.

Embarazo en contexto de Abuso y agresión Sexual

El trauma de violencia sexual no puede ser agravado por el Estado en mantener el embarazo contra la voluntad de la mujer. Esto es porque se asume que lo agrava el trauma

psíquico en la víctima de agresión o abuso sexual, es el embarazo. El estrés post trauma es un proceso totalmente diverso. Cuando se produce un factor estresante importante, el hipocampo (involucrado en el procesamiento de la memoria) y la amígdala (involucrada en el procesamiento de las emociones) están inundados de hormonas del estrés. El individuo no puede procesar la experiencia traumática como un evento finalizado (aunque ya no exista la amenaza como tal) y el recuerdo permanece activo en el cerebro.

En fin, el evento traumático se almacena en el sistema límbico-la memoria traumática. Y la gravedad del cuadro clínico se ha visto q no depende de las consecuencias del trauma, lesión, embarazo. Tendría mucho más impacto de apoyo y de la comunidad en relación a la víctima, nuestros esfuerzos deberían ir enfocados en ello: en tratar de evitar el trauma psíquico.

Al estado permitir, sin auscultar más a fondo el estado emocional de la víctima es caer en una conducta antiética e irresponsable. El estado estaría promoviendo “eliminar la evidencia” para que la víctima se sienta mejor. No hay evidencia, no hay publicaciones, no hay libros que determinen o demuestre que el aborto contribuye a la sanación psicológica de una víctima de agresión sexual. Lo que, si se ha establecido, es que la predisposición a la violencia sexual, física o emocional pueden exacerbar grandemente la patología en salud mental de la víctima luego de inducirse un aborto. Existen terapias efectivas para el PTSD, el cual busca reconfigurar de una forma adecuada el evento traumático que almacenado en el sistema límbico. Muy lejos estamos de ayudar a sanar a una víctima al esconder o eliminar las consecuencias de un evento violento, como en el caso de embarazo. Se estaría promoviendo la invisibilizarían del problema real. El problema no es el embarazo, el problema es la violación.

Conclusión

Luego de exponer la evidencia empírica sobre el daño psicológico que puede sobrellevar una mujer al realizarse un aborto tardío, ya sea voluntario o por razones médicas, es necesario la educación y cernimiento antes de cualquier procedimiento. Cuando la madre gestante firme que fue orientada sobre las consecuencias médicas debe ser orientada sobre las consecuencias psicológicas que puede experimentar.

De la misma forma, regular el aborto a esta etapa de gestación, protegeríamos la salud mental de nuestras mujeres que como hemos establecido anteriormente. El aborto será un factor altamente riesgoso para la salud mental de nuestras madres gestantes. Esto es más peligroso, si el testimonio y experiencias que estamos observando en nuestro país, son de mujeres que llegan con problemas de salud mental previos a la decisión de abortar. Esto exacerbaría el riesgo y su detrimento en salud mental sería craso.

La población descrita en este proyecto de ley abarca la pertinencia de educar, orientar y alertar a las madres con el fin de que estén debidamente orientados sobre los procedimientos médico. Dichos argumentos son cónsonos con las responsabilidades actuales de la comunidad galena hacia la sociedad en general sobre todo a los pacientes quienes se le presta servicio. El Colegio Americana de Ginecólogos y Obstetras promueve la alfabetización de salud como parte de la educación al paciente. Entiéndase que es parte de sus funciones en el ejercicio de la profesión. Dicha recomendación emitida por el Comité de Seguridad Publica y Mejoramiento de Calidad y el Comité de Cuidado de Salud para mujeres desprovistas de servicios recomiendan lo siguiente:

Debido al potencial efecto de la alfabetización de salud en los resultados de los pacientes, los obstetras-ginecólogos deben tomar los pasos apropiados para asegurar que ellos comunican de una manera comprensiva para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas sobre su

cuidado de salud. Personal del sistema de salud debe aprender a comunicarse con los pacientes efectivamente tomando en consideración las circunstancias y habilidades de comprensión sobre la información de salud brindada. Herramientas y métodos accesibles a todos los pacientes, incluyendo aquellos con literaria de salud limitada, debe ser desarrollada para abarcar la información de salud relacionada. Este grupo plantea la necesidad inminente de que los pacientes sea educados y sus capacidades cognitivas, emocionales, intelectuales, entre otras sean atendidas con la mayor rigurosidad con el fin de que los pacientes reciban un servicio optimo el cual no violente sus derechos como pacientes.

Remitiéndonos a este proyecto, los médicos que ejercen este tipo de intervenciones están llamados a realizar dicho proceso. Por tal motivo que se vislumbra estas disposiciones de ley no debe ser un hecho contrario a este tipo de intervención médica ya que en su deber profesional es parte de sus deberes. Entendemos que, ante las disposiciones de ley provistas en este proyecto y ante dicha responsabilidad de esta comunidad médica, el mismo está llamado a orientar sobre la etapa gestacional, su etapa de desarrollo y las alternativas para el concebido sobre todo en casos que no haya una emergencia médica.

Ante tal motivo entendemos necesario que se enmiende este proyecto para fines de brindar alternativas a la madre y el concebido de 22 semanas o etapa de desarrollo en gestación. Es meritorio crear un protocolo interagencial en el cual la madre puede ser orientada sobre las alternativas de embarazo; entre ellos adopción, entrega de custodia al padre u otros recursos alternos, acompañamiento, ayuda psicológica, social y espiritual, de ser necesario, entre otros. En casos de menores de dieciocho años sin asistencia de sus padres registrales o custodios, el mismo sea referido a las agencias pertinentes para evaluación.

Portavoces ConCiencia **recomienda añadir un artículo** donde presente un cuidado tanto a la madre como al concebido de ser negado la terminación de embarazo, que lea de esta forma.

“Como medida preventiva se desarrollará un protocolo Interagencial a favor de la madre y el concebido en la que haya viabilidad gestacional. Este protocolo a favor de las vidas de la madre y el concebido serian tanto a nivel ejecutivo y judicial. Desde los centros de terminación de embarazo como parte de la educación a la madre se le brindaría la información necesaria para canalizar servicios educativos como inicio de adopción, entrega de custodia a padre u otros recursos familiares o coordinación educativa para la preservación familiar. Se promovería ayuda psicológica, económica y social, según la necesidad que presente la madre gestante, para preservar la salud mental y física de la madre y del concebido”.

En resumen, Portavoces ConCiencia **apoya** esta medida con las recomendaciones antes mencionadas:

Enmienda al artículo 3(b), y el añadir un artículo que disponga el plan de acción para la madre en gestación a la que le fue negado la terminación de embarazo y el cuidado prenatal que necesite.

Al apoyar esta medida, estamos contribuyendo a la salud pública de nuestro país, contribuyendo al cuidado de nuestras mujeres y protegiendo la vida del concebido. Continuamos protegiendo la vida de nuestras mujeres puertorriqueñas, que además de vivas, las queremos sanas.

Atentamente,

Dra. Yiddish M. Alvarez, Ph.D.

Presidenta

Portavoces ConCiencia

Referencias:

Brewer, C. (1978). *Induced abortion after feeling fetal movements: Its causes and emotional consequences*. *Journal of Biosocial Science*, 10(2), 203-208.
doi:10.1017/S0021932000011639

Coleman PK, Coyle CT, Rue VM. (2010). *Late-term elective abortion and susceptibility to posttraumatic stress symptoms*. *J Pregnancy*. 2010;2010:130519. doi: 10.1155/2010/130519. Epub 2010 Aug 1. PMID: 21490737; PMCID: PMC3066627.

Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J. (2002). *A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term*. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Dec;187(6):1673-8. doi: 10.1067/mob.2002.127602. PMID: 12501082.

Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. (2003). *Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort*. *Med Sci Monit*. 2003 Apr;9(4):CR105-12. PMID: 12709667.

di Giacomo E, Pessina R, Santorelli M, Rucco D, Placenti V, Aliberti F, Colmegna F, Clerici M. (2021) *Therapeutic termination of pregnancy and women's mental health: Determinants and consequences*. *World J Psychiatry*. 2021 Nov 19;11(11):937-953. doi: 10.5498/wjp.v11.i11.937. PMID: 34888166; PMCID: PMC8613757.

Lopez Moratalla, N. (2012). *How does the brain change after an abortion*. *Cuadernos de Bioetica*. ISSN 1132-1989, ISSN-e 2386-3773, [Vol. 23, N° 78, 2012](#), págs. 565-586.

Natalie P Mota, BA ; Margaret Burnett, MD, FRCPC ; Jitender Sareen, MD, FRCPC (2010) *Associations Between Abortion, Mental Disorders, and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), April (2010).

Reardon, D. C. (2018). *The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities*. SAGE Open Medicine. <https://doi.org/10.1177/2050312118807624>

Sisson G, Ralph L, Gould H, Foster DG (2017). *Adoption Decision Making among Women Seeking Abortion*. *Womens Health Issues*. 2017 Mar-Apr;27(2):136-144. doi: 10.1016/j.whi.2016.11.007. Epub 2017 Jan 30. PMID: 28153742.

World Population Review. Retrieved Apr 29, 2022, from <https://worldpopulationreview.com/about>

Zhang Q, Wang N, Hu Y, Creedy DK. (2022). *Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study*. *Reprod Health*. 2022 Mar 9;19(1):64. doi: 10.1186/s12978-022-01366-1. PMID: 35264193; PMCID: PMC8906361.